Sobre a loucura: falas e silêncios

LIA Z. MACHADO

"(...) Foi preciso perder-me, sentir a experiência radical de ter rompido minha identidade. (...) Esta é a experiência crucial do trabalho antropológico: a possibilidade de descentramento, a descoberta de que a experiência é uma tênue fronteira que separa a diferença da identificação. "São estas as palavras finais do trabalho de Rosine Perelberg: *As Fronteiras do Silêncio.* *

O outro em relação a quem a autora experimenta o descentramento e o rompimento com sua própria identidade está constituído pelos agentes/atores mais próximos do louco internado: médicos-psiquiatras, sejam eles psicanalistas ou não, médicos residentes e médicos alunos do curso de especialização, psicólogos no papel de auxiliares psiquiátricos, enfermeiros, assistentes sociais e familiares. São eles que constituem os atores da trama das relações sociais que analisa. Contudo, o seu significado só existe enquanto atualizam as relações mais próximas ao louco são eles que designam a loucura e o seu tratamento. O outro privilegiado de Rosine é, assim, o louco. Não o louco diretamente, mas tal como representado pelos encarregados da instituição hospitalar e pelos familiares.

O meu objetivo ao tomar o trabalho de Perelberg como objeto de análise é refletir sobre as possibilidades e os limites de descentramento que como antropólogos conseguimos alcançar sobre a loucura.

Esta questão impõe, necessariamente, uma segunda. São a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia que detêm os dis-

---

* PERELBERG, Rosine: *As Fronteiras do Silêncio,* Rio, Achiamé, 1980, 189 p.

cursos científicos legítimos sobre a loucura. A antropologia, ao se propor refletir sobre as representações da loucura, estabelece um espaço interdisciplinar: o que diz a antropologia sobre o discurso psiquiátrico, psicanalítico e psicológico sobre a loucura?

Vejamos, inicialmente, o que se pode concluir a partir do trabalho de Rosine Perelberg.

O descentramento da autora como antropóloga, (entendido como distância de si mesmo e estranhamento diante do outro) em relação aos discursos científicos legítimos sobre a loucura permite revelar que há, para além das suas diferenças e disputas, uma só concepção unitária veiculada pelos encarregados da instituição (psiquiatras e psicólogos, sejam eles psicanalistas ou não) para os familiares: "a família do louco é louca ou então o louco nasce de uma família louca" (p. 106).

É também unitária a mensagem médica para os familiares quanto ao tratamento do louco: aceitá-lo tal qual ele é posto pela instituição: a combinação de tratamento medicamentoso e psicoterapêutico. Talvez esta seja a contribuição por excelência de Rosine: demonstrar que no interior e no decorrer das "reuniões de família" [1] o saber médico-psiquiátrico-psicanalista deslegitima as representações populares que não se adequam às suas. O saber médico-psiquiátrico-psicanalista só ouve a si mesmo, apropriando-se do que lhe é semelhante e desautorizando as perguntas e as respostas segundo regras que se oponham às suas. O saber médico não ouve o discurso familiar. Ao contrário, ele silencia este discurso familiar. Silêncio atualizado em cada reunião mas silêncio que já e sempre antecipa cada encontro por uma dupla ilegitimidade do discurso familiar: provém de um *meio doente* e de um *meio social popular* onde as representações científicas da loucura estão pouco incorporadas e coexistem com representações divergentes.

Segundo Rosine Perelberg, os familiares indagam sobre a situação e o tratamento específico do seu doente. Não recebem resposta. Às enfatizações dos familiares sobre a especificidade de cada caso, a coordenação responde que se trata de um grupo com problemas comuns. O grupo será sempre "mais sincero" quando estiver se referindo às dificuldades no modo

---

1 Reuniões realizadas semanalmente com familiares dos pacientes internados (um familiar para cada paciente) e alguns entre psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais: o coordenador e os observadores.

de se relacionar com os "doentes". Processa-se, pois, um julgamento.

A autora realiza um trabalho de redução das várias verbalizações dos familiares sobre as origens da doença. Feita a redução a elementos estruturais, distingue oito tipos de explicação. Desses oito tipos, são aceitos apenas os que propõem a responsabilidade do indivíduo e/ou do meio da família: 1. o indivíduo não sabe o seu lugar, 2. o indivíduo cometeu algum excesso, 3. o indivíduo está fingindo e 4. o indivíduo foi estragado pelo ambiente. É também aceita a versão aparentemente redundante de que o indivíduo está louco. Contudo, no meu modo de entender, ela parece ser aceita enquanto se aproxima da explicação organicista da doença mental também presente no Hospital, embora não dominante na linguagem médica da reunião.

Não são aceitas as explicações que não articulam loucura à responsabilidade do meio ou do indivíduo e que, ao contrário, postulem explicação fatalista: 1. O indivíduo entrou em contato com os espíritos. 2. Ocorreram acidentes com mulheres em momento de ambigüidade. 3. O indivíduo sofreu um acidente.

Produz-se, assim, um silêncio sobre o discurso familiar. Mas não só disso. Em minhas palavras, parece produzir-se um diálogo de surdos. Se os médicos não ouvem os familiares, também não são ouvidos. Os familiares passam a "aceitar" o tratamento ao se sentirem desautorizados a perguntar e a saber segundo as necessidades inscritas na sua linguagem específica. Por outro lado, não se capacitam a entender o significado da explicação médico-psiquiátrica. O objetivo da reunião familiar segundo os psiquiatras parece ser o de propiciar que o familiar aceite sua responsabilidade e passe a conseguir lidar de uma forma não louca ou menos louca com o seu louco.

Foi necessário um estranhamento a partir de um ponto de vista antropológico em relação à linguagem médico-psiquiátrico-psicanalista para que se pudesse designar o silêncio ou o diálogo entre surdos na reunião com os familiares.

Deixarei temporariamente um pouco de lado o trabalho de Perelberg para seguirmos um raciocínio que me leve ao objetivo inicial. Coloquemo-nos no lugar do psiquiatra, do psicanalista ou do psicólogo. Estaríamos então diante de um paradoxo. A psicoterapia, qualquer que seja, pretende ouvir, entender e fazer-se entender. E lá, naquelas reuniões com familiares, não é capaz de ouvir ou fazer-se entender.

Se deixarmos de lado a idéia de que tal situação seja derivada tão-somente de uma técnica mal utilizada em um

caso particular, ou mesmo que tal situação se dá apenas com os familiares mas que não há nada deste silêncio nas relações com os "doentes-loucos", perguntemo-nos como estes obstáculos ao diálogo podem estar inscritos nas próprias linguagens psicoterapêuticas.

Se as várias modalidades de psicoterapias divergem quanto à melhor forma e técnica de diálogo com o paciente, para todas, o diálogo é imprescindível e o é porque o "mal" ou a "doença" a que se dirigem é da ordem da comunicação. É estabelecendo uma nova ou melhor comunicação que é possível "curar" ou "corrigir" uma falha anterior na comunicação humana. A neurose e a loucura são originárias (se não exclusivamente, ao menos parcialmente) de interferências, interrupções ou falhas na comunicação no interior da vigência de relações humanas cruciais. A família é o seu lugar privilegiado.

Nas reuniões com os familiares, o saber "médico-psiquiátrico-psicanalista-psicológico" está atualizando estas regras. Estende o conceito de doente ao familiar porque é esta família que produziu a doença. Não só se designa o louco como louco e doente mas também a família como louca e doente. Está, assim, desmontado o aparente paradoxo. Não existe. Ao contrário, há extrema coerência entre localizar a origem da neurose e da loucura na família e tratar a família como doente quer neurótica, quer louca.

Pela análise de Rosine Perelberg torna-se claro, contudo, que a designação é mais do que si própria, é acusação. Por que designação e acusação se identificam? É só nos aproximando das regras mais profundas e menos explícitas sobre a concepção moderna da *responsabilidade* sobre a loucura e, por aí, da íntima relação entre *loucura e moral,* que se poderá entender porque acusação e designação se identificam.

Neste momento são as reflexões de Foucault[2] que nos podem auxiliar. A época moderna (séculos XIX e XX) estabelece que a loucura é a loucura de cada homem posto diante de sua loucura e de sua verdade: "O homem não dirá o verdadeiro de sua verdade a não ser na cura que o conduzirá de sua verdade alienada à verdade do homem" (p. 514).

A "libertação dos loucos" no espaço do internamento simbolizada na obra de Pinel e Tuke nos fins do século XVIII marca o início da concepção da loucura específica e prioritária da modernidade. É o momento da transformação da concepção da época clássica (séculos XVII e XVIII) da loucura

---

2 FOUCAULT, Michel — *História da Loucura,* S. Paulo, Edit. Perspectiva, 1978, 551 p.

como a não razão e o desatino em loucura responsável. Não há mais loucura *in abstrato* que é o contrário da razão, mas sim, há loucos que devem reconhecer em si a sua loucura.

A psiquiatria e a psicologia propõem o diálogo com o louco nos limites em que têm consciência de sua loucura e sentem-se responsáveis por ela. Internado, o louco é livre desde que capaz de estabelecer relações com os outros loucos e com os encarregados da instituição considerados minimamente adequadas; em outras palavras, quando é capaz de obedecer às regras da instituição do internamento. Pretende-se um diálogo com o louco mas não com a loucura e apenas a partir de uma consciência que procure restringir o âmbito da loucura. Por estar isolado no internamento, mas junto com os outros loucos, cada louco se verá no espelho destes outros rostos e reconhecerá a sua loucura. O espelhamento da loucura só se dá porque o internamento é a recriação de um meio social "sadio", sem interferência na comunicação, de tal forma que o louco atribua a si as dificuldades ou obstáculos à boa comunicação. Interpenetram-se, assim, loucura, responsabilidade e moral.

De fato, não há loucura. Existem loucos diante de *sua loucura*. Não há lugar aqui para a figura trágica e aterradora da loucura presente no fim da Idade Média e na Renascença. Não há lugar também para a loucura como figura e momento subordinado à razão, mas a ela necessário: sua consciência crítica.

Enquanto a Renascença (séculos XIV e XV) experimenta o confronto entre a visão trágica e a loucura como consciência crítica da razão, o século seguinte e o início do XVII foram "hospitaleiros para com a loucura". Não há, também, na concepção moderna, lugar para a loucura que se define por não ser razão, tal como se deu na época clássica. O louco podia ser simplesmente excluído e isolado no internamento, porque também a loucura estava excluída do "pensamento que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, pensamento que não pode ser insensato" (p. 47).

O "tratamento" dos loucos da época moderna só se faz pela interpenetração entre loucura, responsabilidade e moral. Só é possível no momento e nos aspectos em que o louco reconhece sua loucura como sua doença.

A psicanálise rompe com a psiquiatria e a psicologia ao propor o diálogo direto com a loucura. Ao psicanalisando não se propõe cura, mas autoconhecimento. A comunicação verbal é a relação privilegiada no *setting* analítico. Contudo, enquanto entre psicanalista e neurótico os silêncios são, em

geral, momentos do fluxo da linguagem, entre psicanalista e psicótico correm, freqüentemente, o risco de serem apenas silêncios. As reflexões sobre a psicanálise que se seguem não estão baseadas no trabalho de Foucault, embora nele se inspirem. Diante do psicótico, a psicanálise se indaga sobre as condições de romper o silêncio unicamente através da palavra. A Psicanálise não é capaz de abordar toda e qualquer loucura em toda e qualquer situação. Para dialogar com a loucura, ela exige a abordabilidade. Em outros termos, a psicanálise sempre supõe que o louco seja capaz, ao menos, de dizer dele mesmo e, por aí, reconhecer sua loucura. Está aí, também, posta a noção do louco diante de sua verdade e sua loucura, e, assim, a interpenetração entre loucura e responsabilidade.

A Psicanálise, por diferença com a psiquiatria e as várias modalidades de psicoterapias, se diz refratária à noção de loucura como doença e à noção do trabalho psicanalítico como cura. No entanto, quando o psicanalista não pode compor o *setting* analítico por qualquer razão, ele propõe a si e, mais freqüentemente, a outros que estabeleçam relações terapêuticas outras, conforme a situação: aconselhamento, orientação, psicoterapia de apoio ou terapia medicamentosa. São duas as principais situações que impedem a instauração do *setting* analítico: 1) a constância da inabordabilidade do louco através da palavra e 2) a impossibilidade de se manter com o louco ou o neurótico uma relação com a intensidade de freqüência compatível com a densidade transferencial da relação. Entram aqui todas as questões pertinentes ao lugar privilegiado do trabalho do psicanalista: seu consultório de profissional liberal que exige clientes que se situam em posição de classe e de estrato capaz de pagar os serviços. O psicanalista tem também lugar nos hospitais psiquiátricos que se destinam, em grande parte, às camadas populares. Mas, aí, o *setting* analítico que poderá ser instaurado nunca será o ideal. Segundo alguns psicanalistas, jamais chega a se instaurar. Acaba-se produzindo uma psiquiatria de base analítica (e perguntam-se o que é isso) mas não uma psicanálise propriamente dita. É a própria psicanálise que se vê como alternativa em relação a outras psicoterapias e terapias medicamentosas. Vê-se, portanto, e a seus resultados, como uma forma de tratamento e uma forma de cura.

Por exigirem o colocar-se o louco diante de sua loucura, todas as psicoterapias e a psicanálise são interpenetradas pela Moral, não de uma forma grosseira e "moralista,", ou "moralizante", mas profundamente moral, porque se suporta na

noção de responsabilidade: a consciência crítica de sua loucura.

A antipsiquiatria parece se apoiar na denúncia da interpretação da loucura e da moral. Quanto mais um indivíduo é irresponsável diante dos outros e quanto menos limites se auto-impõe diante dos outros, mais é ele designado como louco.

Aquele designado como louco o é porque, necessariamente, atualiza um comportamento desviante. A antipsiquiatria denuncia os caracteres exteriores que são manipulados para designar alguém como louco tanto por parte dos familiares como por parte dos médicos. A "sociedade" que designa alguns de seus indivíduos como loucos o faz apenas para controlar comportamentos desviantes que contêm uma consciência crítica da "razão" dominante da sociedade?

O debate entre a antipsiquiatria e as psicoterapias tem por objeto a loucura interpenetrada pela responsabilidade. Neste debate, onde se localiza a antropologia?

O objeto antropológico é o homem inscrito em relações sociais determinadas e nas suas significações culturais e não a "mente" humana ou a "personalidade individual" *in abstrato*. Assim, é de se esperar que um trabalho antropológico sobre a loucura se sinta muito mais à vontade no campo social da designação da loucura como tal; por um lado, as representações sobre as origens da loucura e a prática social da designação, por outro lado, as representações e as práticas sociais que envolvem o tratamento. Por este motivo, a linguagem da antipsiquiatria pode ser facilmente assimilada pela antropologia. E este parece ter sido o passo dado por Rosine Perelberg.

Além da análise das representações sobre as origens da loucura, o trabalho de Perelberg se volta para o processo de designação do louco pelos familiares. São sempre características exteriores que permitem a identificação da loucura. É através, principalmente, do uso da visão, mais do que da audição, que os familiares percebem a loucura. E esta loucura vista e ouvida é a alteração do uso de um ou mais dos cinco sentidos pelo louco: o familiar vê o indivíduo andar nu ao invés de se vestir, bater a cabeça na parede, pôr e retirar os óculos num processo interminável, defecar no chão, gritar ao invés de falar normalmente etc. Essas alterações são o infringimento de regras cotidianas, especialmente em relação ao uso do corpo.

A autora demonstra, ainda, que esta classificação é ritualizada. O momento inicial da doença é relatado através de um exagero e redundância dos detalhes e das circunstâncias e não

das causas. A doença é designada por uma de suas partes: baba, inchaço, andar com o braço a noventa graus etc., isto é, através de um processo de deslocamento (do todo para a parte) e de condensação (a parte representa já a figura da loucura).

Situar-se numa postura antipsiquiátrica não é a intenção da autora. Sua opção é a de não se situar. Vejamos os efeitos desta opção.

A exclusividade da atenção analítica voltada para a designação social da loucura tem como contrapartida a instauração de uma *ausência*. Se o louco existe porque é designado e acusado como tal, é válido dizer que, sem acusação, não há loucura? A loucura desaparece ao desaparecer a acusação? O silêncio da autora parece referendar que a loucura é derivada da acusação. Este referendo não estaria fundado na "certeza" de nossa época que não há loucura, mas apenas o louco, sua verdade e sua loucura? Ao se identificar loucura e acusação, silencia-se uma grande questão: o que é a loucura, afinal? Silencia-se, também, sobre os limites e as especificidades próprias de nossa época, ao se questionar sobre a loucura.

Marcam-se aqui os limites da possibilidade de descentramento antropológico diante da loucura e do discurso médico-psiquiátrico e psicanalítico sobre ela. Estamos todos presos (talvez em graus diferentes) à concepção dominante de loucura. Não a loucura *in abstrato,* mas o louco diante de sua loucura e de sua verdade, a loucura interpenetrada pela responsabilidade e pela moral. A denúncia desta interpenetração não a coloca fora deste campo. Ao contrário, reforça a idéia de que a nossa época só pode conceber *a loucura* reconhecida pelo louco.

Ao se denunciar esta interpenetração, a loucura deixa de existir, ou seja, a loucura não é nada mais que um comportamento desviante. Denunciantes e denunciados silenciam sobre a tragicidade da loucura. Onde está o sofrimento psíquico ao se confundir loucura e acusação? Onde está o estigma, a imposição, ao se pensar loucura apenas como sofrimento psíquico? E onde está esta outra tragicidade da loucura que é a dúvida de se toda loucura é explicável e se quer curável? Onde está a loucura como consciência crítica da razão?

Talvez hoje não se esteja apenas no confronto entre interpenetração da loucura e da moral e a denúncia desta interpenetração. Talvez hoje estejamos indagando sobre os outros rostos da loucura já aparecidos na história da cultura ocidental hoje subordinados à concepção dominante e por ela quase apagados. Esta última questão é a que, parece-me, funda as

reflexões de Foucault. É deste ponto de vista que interroga sua (nossa) época: onde estão estes rostos antigos da loucura? Da sua rearticulação surgiria um novo rosto?

De qualquer modo, mais amplos ou mais restritos, os debates que se travam em torno da loucura guardam sempre, como referencial dominante, a concepção da loucura como a relação entre o homem, *sua* verdade e *sua* loucura.

Rosine Perelberg está dentro do campo limitado destes debates. Está dentro, sem saber as dimensões do campo e as posições marcadas. Não sabe, também, qual a sua posição. É capaz de apontar o processo de designação familiar da loucura como um processo de acusação baseado em características exteriores de infringimento de regras. É capaz de apontar o mesmo processo de acusação e estigmatização se fazendo pelo corpo médico-psiquiátrico-psicanalista em relação aos familiares como se também fossem doentes mentais. Mas, é incapaz de se posicionar diante dos conflitos entre psiquiatras, psicanalistas e não-psicanalistas, residentes e alunos do curso de especialização, assistentes sociais e enfermeiros; conflitos que se dão entre modalidades divergentes de conceber e tratar da loucura (teoria organicista e psicanalítica, por exemplo,) e conflitos onde também estão presentes proposições antipsiquiátricas e análises da estigmatização da loucura, através de leituras legitimadas.

Por não ter procurado configurar o campo dos debates e seus limites, foi obrigado a nele se submergir sem controle. Obrigou-se a evitar perguntar-se sobre o que poderia ser a loucura. O resultado da acusação? Exclusivamente isto? Mais do que isto? Para poder se descentrar um pouco mais e se perder um pouco menos, seria necessário, primeiro, perceber sua posição e conhecer os limites deste descentramento.

O estranhamento não supõe a absoluta ausência do envolvimento, enquanto envolvimento significa posicionamento. Supõe, isto sim, o conhecimento de sua posição e o conhecimento do campo do saber inscrito numa sociedade em um determinado momento histórico. A autora não se percebe como atualizadora de posições e confrontos inscritos em nossa época. E, portanto, também de suas perplexidades.

A autora está perplexa diante de sua perplexidade: "O medo básico é de perder o caminho, de enveredar por atalhos cujas saídas e distâncias não são conhecidas. Se existe a necessidade imperiosa de sermos penetrados pelo processo, há, igualmente, o medo do envolvimento (...). Deste trabalho

resultou uma viagem, cuja distância percorrida não pode ser avaliada em termos de espaço concreto" (p. 4).

O desconhecimento da loucura fascina e amedronta. Quanto maior o contato com os loucos, maior o fascínio e o medo. Daí o envolvimento emocional da autora. Mas se emocionalmente a autora se envolve ao se perguntar sobre a loucura, os resultados intelectuais do seu trabalho silenciam sobre a indagação da loucura. Nas representações médicas e nas representações familiares está presente este não saber, ou melhor, este medo de não saber, ao lado de saberes sobre a loucura. A autora apreende apenas os saberes. O espaço explicitamente mais aberto para as dúvidas está nas relações entre a equipe técnica. A autora praticamente se proíbe de analisá-las. Prefere fazer uma etnografia. Descreve, arrola, não analisa. Para analisar precisaria configurar, na terminologia de Bourdieu, o campo intelectual do saber científico: localizar seus discursos e as regras consensuais ou o repertório cultural comum que restringe as questões postas. Precisaria aventurar-se num diálogo mais direto com a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia. Como não faz, a sua concepção trágica da loucura aparece apenas ao nível emocional e a sua concepção intelectual apenas como loucura imposta pelo confronto de responsabilidades sociais. Está presa à concepção da loucura interpenetrada pela responsabilidade e pela moral. Talvez preso esteja todo o campo intelectual do saber científico. Mas a autora o está sem o saber e assim, de tal forma envolvida que se proíbe de refletir sobre questões que ela mesma se coloca.

A desordem emocional que a necessidade de descentramento a partir de um envolvimento parece ter causado, a autora responde com a seqüência de temas autônomos. "A Enfermaria Psiquiátrica (uma descrição etnográfica)" é o título do primeiro capítulo que abrange quase a metade do livro. Os subtemas são heterogêneos e tratados como se fossem autônomos. Questões de grande interesse são postas mas imediatamente apagadas. Sabe-se, por exemplo, que há conflitos na forma de tratamento: dar ou não eletrochoque, permitir ou não relações sexuais entre os internados. Sabe-se que há algum nexo entre a posição e situação de classe do *staff* técnico e as concepções sobre a loucura e o seu tratamento. Sucedem-se subtemas heterogêneos sob o grande "guarda-chuva" em que se transforma a noção de etnografia.

Quanto aos três últimos capítulos, neles se inserem as profundas e felizes contribuições da autora. Só se pode la-

mentar o fato de os seus resultados não terem podido iluminar uma segunda reflexão sobre o material contido no primeiro capítulo. Quem sabe uma reorganização teria sido possível.

A meu ver, sem dúvida alguma estamos diante de um livro envolvente e rico. Trabalho que justifica a entrada da antropologia num espaço onde os saberes psiquiátrico, psicanalista e psicoterapêutico dominam. A antropologia tem muito a dizer, ainda que se situe nos limites das nossas regras culturais do pensar sobre a loucura.